



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LILIAN FIGUEIRÔA DE ASSIS

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**CAJAZEIRAS - PB
2011**

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS
USUÁRIOS DE ÁLCCOL E OUTRAS DROGAS NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

LILIAN FIGUEIRÔA DE ASSIS

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Iluska Pinto Costa
Co-orientadora: Psicóloga Ms. Mônica Rafaela de Almeida

**CAJAZEIRAS - PB
2011**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

A848p Assis, Lilian Figueirôa de
Percepção dos enfermeiros acerca da assistência aos
usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção
Psicossocial./ Cajazeiras, 2011.

70f.

Orientadora: Iluska Pinto Costa.

Coorientadora: Mônica Rafaela de Almeida.

Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1.Saúde Mental. 2. Centro de Atenção Psicossocial.

3.Usuários de álcool – assistência psicossocial.

I. Costa, Iluska Pinto. II. Almeida, Mônica Rafaela de

II.Título.

UFCCG/CFP/BS

CDU – 613.86

LILIAN FIGUEIRÔA DE ASSIS

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Aprovada em 02/12/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Iluska Pinto Costa
Orientadora (Escola Técnica de Saúde/UFCG)

Psicóloga Ms. Mônica Rafaela de Almeida
Co-orientadora (Escola Técnica de Saúde/UFCG)

Prof.^a Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
Membro (UFCG)

Dedico esse trabalho aos enfermeiros do CAPS ad de Sousa que com paciência e atenção compartilharam suas experiências, dificuldades e expectativas em relação ao serviço.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida e oportunidade de aprendizado a cada dia.

Ao meus pais Gentil Filho e Élide Figueirôa por serem base e essência do que tenho de mais importante nessa vida, nossa família, pelo amor, dedicação, proteção, pelo afeto, pelo exemplo, pelos conselhos, ensinamentos e pelo incentivo sempre.

Aos meus irmãos Vívian e Ivo pelo companheirismo e por serem meus melhores amigos.

Agradeço aos meus avós paternos, meus tios (as), primos (as) maternos e paternos pelo carinho e apoio.

À meu namorado Kenard Pereira pela paciência, carinho e atenção sempre.

Agradeço a minha Orientadora Prof^ª Iluska Pinto, por ter me aceitado como orientanda, aceitou a minha ideia, me incentivou e se esforçou para que o trabalho desse certo e claro “puxou minha orelha” nas horas certas.

Agradeço à minha Co-Orientadora, Psicóloga Mônica Rafaela pela extrema paciência e pela experiência.

Agradeço à Prof^ª Aissa Romina pela amizade, confiança e incentivo sempre.

Agradeço a todos os meus colegas de sala pelo tempo de convivência e laços criados ao longo desse tempo, em especial à Joycimara Queiroga, Frankiniella Lemos, Maryanne Carolyne, Karla Graziela, Kallyne Rubyan, Gisiely Fernandes, Kylvia Luciana, Rayrla Cristina, Eva Maria, Larissa Rolim, Priscila Dayanne, Arielle Wigina, Marina Mendes, Felipe Fernandes, Washington Luiz, Thairon Machado, Marino Medeiros e Wanderson Nunes, por serem amigos nessa jornada e que Deus permita por bons tempos.

Agradeço a todos os professores do Curso de Enfermagem da UFCG Campus Cajazeiras, por disseminarem de forma clara e objetiva os seus valiosos conhecimentos e experiência de vida, especialmente aos professores Kennia Sibelly, Geofabio Sucupira, Mônica Paulino, Alba Rejane, Manoel Dionízio, Berenice Gomes, Inácio Andrade, Luciana Moura, Arieli Rodrigues.

Agradeço aos meus amigos Maria do Socorro e Yuri pela amizade, sinceridade e companheirismo.

E por fim agradeço a todos que de alguma forma estão sempre comigo, me incentivando e dividindo momentos bons e ruins.

ASSIS, L. F. de. **Percepção dos enfermeiros acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

RESUMO

A forma como o uso de drogas tem sido visto, atualmente, difere de épocas anteriores, nas quais a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Desse modo, este estudo teve como objetivo geral analisar a percepção dos enfermeiros acerca da assistência aos usuários de álcool e drogas no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Sousa na Paraíba, bem como caracterizar a assistência de enfermagem direcionada aos usuários do CAPS ad; identificar as condutas de trabalho utilizadas durante o atendimento aos usuários e descrever as dificuldades existentes para operacionalização do modelo de atenção proposto pelo CAPS ad. Esta pesquisa é de natureza descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa dos dados. Os dados foram coletados após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. Para coleta dos dados utilizou-se um questionário sócio-demográfico e um roteiro de entrevista semi-estruturada. Participaram da pesquisa três enfermeiros. Os dados foram analisados como orienta a Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2004). A análise dos dados mostrou que os profissionais percebem que as políticas no âmbito da assistência aos usuários de álcool e outras drogas tem avançado bastante, mas muito ainda tem que ser conquistado nessa área, e especialmente, no que diz respeito a capacitação e estrutura do serviço, que tem comprometido a qualidade da assistência prestada. Percebeu-se ainda que a existência de uma equipe interdisciplinar melhora não só a forma como os enfermeiros assistem a essa população, mas a atenção como um todo, pois facilita a inclusão dos usuários no projeto terapêutico. Além disso, observou-se que a perspectiva da redução de danos é a melhor maneira de conseguir a abstinência, de forma eficaz. Os profissionais relatam que a desinstitucionalização foi e é um processo de mudança que oferece melhores expectativas ~ liberdade não só ao usuário, mas ao profissional e que permite a ressocialização e reabilitação psicossocial. Pode-se perceber através do discurso da maioria dos profissionais que a implantação do CAPS ad III, para usuários em crise de abstinência, poderia vir a melhorar a assistência prestada, dando suporte de forma complementar. Portanto, identifica-se a relevância deste estudo para a comunidade acadêmica no sentido de contribuir para discussão e reflexão das questões acerca do cotidiano de trabalho de enfermeiros no âmbito da saúde mental; como também para a sociedade, no sentido de propagar um diagnóstico da assistência de enfermagem oferecida nos Centros de Atenção Psicossocial. Espera-se, ainda, que este trabalho sirva de análise e reflexão para a situação atual dessa assistência, servindo de instrumento para intervenções futuras no sentido de promover práticas transformadoras no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas. E que assim possa ocorrer uma transformação nas práticas oferecidas aos usuários e suas famílias, possibilitando mais acesso e tratamento adequado às necessidades singulares de cada indivíduo. Além de uma educação permanente para profissionais de saúde que atuam nessa área.

Palavras-Chave: Enfermagem. Assistência no Centro de Atenção Psicossocial. Álcool e Outras drogas.

ASSIS, L. F. of. **Perception of nurses about the assistance to users of alcohol and other drugs in the Psychosocial Care Center.** Completion of Course Work (Graduate Nursing) - Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

ABSTRACT

The way the drugs use have been seen today, differs from earlier eras in which the Brazilian public health was not engaging properly with the serious problem of prevention and treatment of disorders associated with alcohol and other drugs. Thus, this study aimed at analyzing the perception of nurses regarding the care of drug and alcohol users in psychosocial attention center of Sousa city in Paraíba, as well as to characterize the nursing care directed to users of CAPS ad; to identify the conduct of work used during the service users and describe the difficulties in operationalizing the model of care proposed by the CAPS ad. This research is descriptive, exploratory, with qualitative approach of data. Data were collected after approval by the Ethics Committee in Research. To collect data we used a sociodemographic questionnaire and a roadmap of semi-structured interview. Three nurses participated of the survey. Data were analyzed as guides to thematic content analysis proposed by Minayo (2004). Data analysis showed that professionals realize that the policies within the service to users of alcohol and other drugs is well advanced, but much remains to be achieved in this area, especially in regard to training and service structure, which has compromised the quality of care. It noticed also that the existence of an interdisciplinary team not only improves the way nurses attend to this population, but also the attention as a whole, because it facilitates the inclusion of users in the therapeutic project. Moreover, it was observed that the prospect of harm reduction is the best way to achieve abstinence, effectively. Professionals report that deinstitutionalization was and is a process of change that offers the best expectations and freedom not only to the user, but also to professional that allows social rehabilitation and psychosocial rehabilitation. You can see from the speech of most professionals that the deployment of ad CAPS III, for users in withdrawal symptoms, could ultimately improve the care provided, supporting a complementary way. Therefore, identifying the relevance of this study for the academic community to contribute to discussion and reflection about the issues of daily work of nurses in mental health but also to society, to propagate a diagnosis of assistance Nursing offered in community mental health services. It is hoped also that this work will serve as analysis and reflection on the current situation of such assistance, serving as an instrument for future interventions to promote transformative practices in the treatment of users of alcohol and other drugs. And that it might have been a transformation in practices offered to users and their families, providing more access and right treatment to the unique needs of each individual. In addition to a permanent education for health professionals working in this area.

Keywords: Nursing. Assistance Center of Psychosocial Care. Alcohol and other drugs.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial diário para usuários de álcool e drogas.

CAPS ad III - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, com funcionamento durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

GM – Gabinete do Ministro

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAHO – *Pan American Health Organization*

PRD – Programa de Redução de Danos

PTS – Programa de Troca de Seringas

RD – Redução de Danos

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UNODOC - *United Nations Office On Drugs and Crime*

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	14
2.2 A NOVA PERSPECTIVA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	15
2.3 AS PROPOSTAS DA POLÍTICA PARA ASSISTÊNCIA NOS CAPS ad.....	17
2.4 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	20
3 METODOLOGIA.....	23
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
3.3 PARTICIPANTES.....	24
3.4 INSTRUMENTOS.....	25
3.5 PROCEDIMENTOS.....	25
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	27
4.2 O TRABALHO DA ENFERMAGEM, CONDUTAS E DIFICULDADES.....	29
4.3 A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO QUANTO À ASSISTÊNCIA PRESTADA.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES.....	52
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	53
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	55
ANEXOS.....	57
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	58
ANEXO B - FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB.....	60
ANEXO C - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA.....	62
ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	64
ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	66
ANEXO F – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE.....	68

1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas é um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Há 210 milhões de usuários de drogas ilícitas no mundo. É uma multidão em perigo, pois 200.000 pessoas morrem de overdose todos os anos. Os números estão no relatório anual da UNODOC, agência da ONU para drogas e crime (ONU, 2005). Não diferente disto, o uso do álcool na sociedade atual possui conotação diferenciada em relação às outras drogas. Seu caráter lícito, de baixo custo e fácil acesso lhe confere aceitação social, o que dificulta seu enfrentamento. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (2000), o consumo global de álcool tem aumentado nas últimas décadas, principalmente nos países em desenvolvimento.

O consumo de álcool/drogas possui ampla complexidade e magnitude, visto que seus efeitos afetam, significativamente, a saúde e a qualidade de vida dos usuários, familiares e de toda a sociedade, devendo ser compreendido como um problema multidimensional e global, não se restringindo à relação entre o indivíduo e o consumo de substâncias psicoativas (MIRANDA et al., 2007).

A saúde pública brasileira não disponibilizava, até pouco tempo, a devida atenção com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, o que gerava uma lacuna na política pública de saúde. Mas, atualmente tem-se percebido a implantação de políticas públicas nesse campo (BRASIL, 2002).

No sentido de normalizar a atenção a usuários de álcool e drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação da rede de atenção específica a estas pessoas. A Portaria GM/336 de 2002 define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluídos aqui os Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad) (BRASIL, 2002). Esse dispositivo assistencial abriga, em seus projetos terapêuticos, práticas de cuidados que contemplam a flexibilidade e a abrangência necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2004a).

A Portaria GM/MS Nº 336 representou um marco para a enfermagem no âmbito da saúde mental no que se refere a assistência aos usuários de substâncias psicoativas, pois, ao definir uma equipe mínima para atuação nesses serviços, regulamentou a inclusão dos trabalhadores dessa área nessas equipes. Assim, considerando que os CAPS ad se encontram em plena expansão em todo o país, tendo atualmente cadastrados até julho de 2011 no

Ministério da Saúde 262 CAPS ad II e 1 CAPS ad III (BRASIL, 2011), pressupõe-se que tem havido ampliação da oferta de trabalho para os profissionais de enfermagem nesse campo de atuação (BRASIL, 2003).

Devido à recente implantação de serviços (CAPS ad e Ambulatórios), sem dúvida alguma, esta área vem despertando o interesse e necessidade de novos olhares, pois se constitui em uma extensa área, que está aberta à pesquisa, inclusive no que se refere à avaliação das práticas do enfermeiro e a reflexão acerca da percepção que os mesmos fazem em relação a essa assistência. Por se tratar de serviços recentes, com menos de 10 anos de implementação, poucos estudos têm sido publicados sobre a percepção dos profissionais de enfermagem acerca das práticas no âmbito da saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial (ROCHA, 2005).

Neste sentido, a assistência de enfermagem deve atender “a demanda do indivíduo e de sua família, requerendo-se um aprendizado que ultrapasse os conceitos teóricos da reforma psiquiátrica” (COIMBRA et al. 2005, p. 103). Assim, pois, exige habilidades e competências adquiridas no manejo diário e experiencial, com os múltiplos saberes que advêm da prática da enfermagem, como também na busca da inclusão social e da implementação de ações para um cuidar adequado às constantes modificações desse agir terapêutico.

O interesse pela temática se deu a partir de experiências vivenciadas em estágio extracurricular e coleta de informações com enfermeiros e usuários desses serviços. Com isso, percebeu-se que apesar dos avanços, existem lacunas na funcionalidade da política pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o que implica na necessidade de repensar novos modos de atenção à saúde dos indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas.

Desse modo, conhecer as práticas de enfermagem e as percepções das dificuldades e possibilidades, nestes serviços, permitiriam fundamentar propostas para melhor adequação dos dispositivos de tratamento e o aperfeiçoamento dos recursos disponíveis na rede de assistência aos usuários de álcool/drogas.

Assim, este estudo teve como objetivo geral analisar a percepção dos enfermeiros acerca da assistência aos usuários de álcool e drogas no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Sousa, na Paraíba.

Além disso, delimitaram-se como objetivos específicos: caracterizar a assistência de enfermagem direcionada aos usuários do CAPS ad; identificar as condutas de trabalho utilizadas durante o atendimento aos usuários e descrever as dificuldades existentes para operacionalização do modelo de atenção proposto pelo CAPS ad.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro partes principais. Na primeira parte, apresenta-se a temática do álcool e outras drogas e sua relevância para a sociedade atual, bem como os objetivos e justificativa da presente pesquisa. Na segunda parte do trabalho, faz-se uma revisão da literatura, contextualizando historicamente o álcool e outras drogas e apresentando a problemática do consumo abusivo de álcool e outras drogas. Além disso, faz-se uma discussão acerca da assistência aos usuários, considerando as novas perspectivas no contexto da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Na terceira parte, descreve-se a metodologia do estudo, apresentando os participantes, instrumentos e procedimentos de produção e análise de dados. E, na quarta parte, faz-se uma análise acerca da assistência de enfermagem no CAPS ad; das condutas de trabalho utilizadas nessa assistência e das dificuldades existentes para operacionalização do modelo de atenção proposto pelo CAPS ad.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O consumo de álcool e outras drogas no Brasil não destoa do que vem ocorrendo, via de regra, em escala mundial. Com relação aos estudos no campo do uso de álcool e outras drogas, uma quantidade expressiva defende que o consumo de substâncias psicoativas é problema mundial (WHO, 2000, PAHO/WHO, 2009). Tanto o uso como o abuso de álcool e outras drogas afetam, significativamente, a qualidade de vida dos usuários e familiares, compreendendo, além disso, altos custos sociais e econômicos no mundo todo (FUREGATO, 2011).

Uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz atesta que, desde o pós-guerra e, especialmente, após os anos 1960, quando emergiam como fenômeno mundial, as drogas constituem problema de saúde pública. Isto eleva a importância da atenção e discussão no âmbito da saúde, uma vez que o uso dessas substâncias impacta diretamente a vida das pessoas (DOMINGUEZ, 2010).

Estatísticas demonstram que esse consumo aumenta a cada ano e que populações dos centros urbanos mundiais consomem, abusivamente, substâncias psicoativas, independentemente da faixa etária, gênero, nível de instrução e poder aquisitivo, levando a uma série de agravos à saúde, entre os quais destacam-se: os acidentes de trânsito, as agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta. Além disso, existem os comportamentos de risco no âmbito sexual e a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e de outros problemas de saúde, decorrentes dos componentes da substância ingerida e das vias de administração. As elevadas taxas de aposentadorias precoces e a proporção considerável de ocupação em leitos hospitalares são também problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

O uso abusivo e ou dependência de álcool e outras drogas foi, durante muito tempo, abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Em outras palavras, historicamente, a assistência ao paciente com transtornos relacionados às substâncias psicoativas sempre foi marcada pela violação dos direitos humanos e pela má qualidade prestada ao usuário, sendo centrada no modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2004b).

Dessa forma, neste vácuo de propostas e com a necessidade do estabelecimento de uma nova política de saúde no âmbito do álcool e outras drogas, que considerasse as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas na compreensão global do problema, o Ministério da Saúde do Brasil foi construindo alternativas de atenção de caráter total, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Mas a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promoveram a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência (BRASIL, 2004b).

Assim sendo, tornou-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e social, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Por isso, o Ministério da Saúde do Brasil, sob influência da Reforma Psiquiátrica no Brasil, através da portaria nº 224/1992, passou a financiar e normatizar novos serviços de saúde mental, priorizando o tratamento ambulatorial de caráter interdisciplinar. Em 2002, com a redefinição no âmbito Federal dos Centros de Atenção Psicossocial, pela Portaria GM/MS Nº 336, foram instituídos os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, na modalidade II (CAPS ad II) (BRASIL, 2004c).

2.2 A NOVA PERSPECTIVA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A política brasileira para questões relacionadas ao uso de drogas (lícitas e ilícitas), conforme estabelece a Lei 10.683/03, é de competência do Gabinete da Segurança Institucional, que coordena e integra as ações do governo nos aspectos relacionados à prevenção do uso indevido de substâncias entorpecentes que causem dependência física ou psíquica, bem como aquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação e à reinserção social de dependentes. A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) é responsável pela gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). São competências do Ministério da Justiça as atividades de repressão ao uso indevido, do tráfico ilícito e da produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica. Ao Ministério da Saúde

cabe a vigilância em saúde, especialmente quanto às drogas e aos medicamentos (FONSECA, 2005).

Neste sentido, entende-se que uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá, necessariamente, sempre ser construída nas interfaces intra-setoriais possíveis aos programas do Ministério da Saúde (MS), o mesmo ocorrendo em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial. Para tanto, decisão política, compromisso com a defesa da saúde e visão social são elementos indispensáveis (BRASIL, 2004b).

A Declaração de Caracas (OMS, 1990), foi um marco dos processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas, vinculando a atenção psiquiátrica à atenção primária de saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico relacionado às políticas públicas de enfrentamento dos problemas de saúde, decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Seguindo as orientações desta declaração, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. Atualmente, este programa é o marco no campo das ações que garantem a oferta de serviços tanto aos portadores de sofrimento mental quanto aos indivíduos com problemas que envolvem o álcool e outras drogas. Nesse sentido, tem como um dos seus objetivos estimular a estruturação e o fortalecimento de uma rede de assistência e atenção psicossocial centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que enfatize a reabilitação e reinserção social dos usuários, amparada em dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, articulados à rede de saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

A principal estratégia de atenção à saúde com relação ao consumo de álcool e outras drogas é o Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) que utiliza as estratégias de redução de danos enquanto ferramentas nas ações de prevenção e promoção da saúde, sobretudo por dar suporte à portaria ministerial nº 816/2002, na criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2007).

Mas é somente em 2002, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas,

reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2004a).

Orientado pelo modelo psicossocial, os CAPS ad são propostos como espaço de criatividade, de construção da vida que, em lugar de excluir, medicalizar e disciplinar, devem acolher, cuidar e estabelecer pontes com a sociedade, considerando o usuário em suas implicações subjetivas e socioculturais, elegendo-o como protagonista de seu tratamento (ROCHA, 2005; KANTORSKI, MIELKE, TEIXEIRA, 2008).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental destacou o compromisso de aprofundar e amadurecer articulação política entre o campo da saúde mental e instituições de controle social nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas suas recomendações, foram apontados o fortalecimento da política de redução de danos na rede de atenção psicossocial, o reforçamento das práticas territoriais e a construção de redes de apoio, ao contrário do modelo com foco na abstinência, na penalização, moralização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas. Essas considerações procuram instituir mecanismos para fortalecer a integração da atenção básica com os CAPS, fortalecer as ações de promoção da saúde, prevenção e redução de danos, bem como promover ações junto à sociedade, com o objetivo de proporcionar conhecimento, reduzir o preconceito e o estigma associados ao álcool e outras drogas (BRASIL, 2010).

2.3 AS PROPOSTAS DA POLÍTICA PARA ASSISTÊNCIA NOS CAPS ad

Pereira (2003) menciona que o paradigma de atendimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira busca a reintegração do usuário, por meio de serviços abertos de saúde mental, como o CAPS, nos quais se estabelecem interações com o objetivo de criar um processo comunicativo, em que o profissional compreende o contexto no qual se insere a história de vida dos indivíduos, e, a partir daí, desenvolve esforços educativos junto a esse grupo, paciente-família, facilitando a reintegração dos indivíduos na rede de relações sociais em que foi estigmatizado ou excluído.

É por meio da comunicação que o profissional pode compreendê-lo em sua totalidade, ou seja, seu modo de pensar, sentir e agir. Apenas assim, serão identificados problemas por

ele sentidos com base no significado atribuído aos fatos que lhe ocorrem, e tentando ajudá-lo a encontrar novas formas para superar a sua saúde.

A assistência da enfermagem, nesses casos, deve se basear no contexto dos sujeitos envolvidos, em suas fragilidades e motivações individuais e familiares, porque a prática da enfermagem exige do profissional um senso investigativo das informações verbais ou contextuais, além das formas de silêncio ou ocultamento de certas problemáticas geradoras de sofrimento. Isto implica a necessidade de se construir saberes e práticas mais adaptadas, mais humanizadas no atendimento ao usuário e sua família (MIRANDA, et al., 2006).

A convivência entre familiares e usuários é representada por um movimento de “ir” e “vir”, uma constante de sofrimento, angústia, impotência e violência, no contexto do lar e/ou na rua. As consequências do uso de drogas são vistas pelos familiares como problemáticas no campo das relações afetivas interpessoais e sociais, dificultando em alguns momentos a aproximação e a manutenção dos laços afetivos.

A falta de orientação para a família pode levar a conflitos entre o usuário e a dinâmica familiar, e conseqüentemente, problemas no processo terapêutico (PEREIRA, PEREIRA JUNIOR, 2003). No contexto da Reforma Psiquiátrica, o enfermeiro deve rever a sua prática e promover estratégias para a construção de uma assistência pautada nas necessidades da família que interage com o portador de sofrimento mental (MONTEIRO, BARROSO, 2000). Assim, de acordo com Vilela (2002) a Reforma Psiquiátrica pressupõe que os serviços sejam abertos, comunitários e com equipe multiprofissional.

Assim a inserção do enfermeiro nos CAPS ad é marcada pela proposta da interdisciplinaridade, e implica superar os termos especializados, fechados, dando origem a linguagem única para expressar os conceitos e as contribuições das várias disciplinas, possibilitando a compreensão e os intercâmbios (ROCHA, 2005).

Para trabalhar coletivamente, é necessário, em muitos momentos, dividir responsabilidades, desestruturar a lógica de organização do trabalho, centrada na divisão de funções (ROCHA, 2005). Os profissionais devem rever posições, desconstruir a forma de pensar o trabalho como fragmentos hierarquizados. As formulações e interrogações são necessárias para rever o conhecimento que norteia o trabalho.

Não se pode deixar de ressaltar que, para um funcionamento mais adequado, a equipe interdisciplinar não deve apenas ter profissionais com competências diversas, mas integrá-los a partir de valores éticos que sustentem a prática e não perca de vista o compromisso terapêutico (ROCHA, 2005).

Kirschbaum e Paula (2001) colocam que as atividades desempenhadas pelos enfermeiros dentro do serviço e que atendam aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da reabilitação psicossocial devem ser voltadas a atividades de assistência direta e indireta, por meio de ações individuais e coletivas, atingidas em diferentes momentos de intervenção.

Além disso, a política preconiza a Redução de Danos (RD) que pode ser definida como um conjunto de medidas em saúde que tem a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de drogas. Aplica-se aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster, adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas (SANTA CATARINA, 2003).

Os Programas de Troca de Seringas (PTS), uma das estratégias que integram as políticas de RD, têm sido amplamente divulgados e implementados, a partir de sua avaliação positiva em países da Europa e na Austrália. Apesar de renhida oposição, o sucesso desses programas tem sido inegável e muito tem contribuído para a redução das taxas de infecção pelo HIV e demais agentes infecciosos de transmissão sanguínea em todo o mundo (BASTOS, STRATHDEE, 2000).

Os Programas de Manutenção por Metadona, por exemplo, utilizam a metadona para minorar os sintomas da 'fissura' por nova dose e o mal-estar associado à abstinência da heroína (ou outras drogas opiáceas). Isso permite aos usuários prosseguir com as atividades cotidianas, com redução expressiva de sua inserção em circuitos ilícitos de obtenção de drogas e consequente redução da criminalidade (FONSECA, 2005).

Com a emergência das propostas de RD, a questão do uso de drogas passa a ser tratada pelos seus defensores não como um problema jurídico-moral, mas como uma questão de saúde pública, e o usuário deixa de ser estigmatizado como 'criminoso' e passa a ser um real beneficiário de políticas sociais e de saúde. Embora a política de drogas brasileira seja majoritariamente orientada para a redução da oferta, por meio da repressão ao uso e tráfico de drogas, o país tem desenvolvido programas de excelência em RD (FONSECA, 2005).

Alguns estados brasileiros aprovaram leis que regulamentam as ações de redução de danos. Essas leis estaduais são bastante relevantes, pois afastam as ações no âmbito de proibição das normas criminalizadoras de comportamentos relacionados às drogas ilícitas e enfatizam a necessidade de uma abordagem de saúde pública (KARAM, 2003).

As ações de redução de danos contribuem para a inclusão dos usuários de drogas em um sistema que almeja a equidade, por meio da disponibilização não apenas dos equipamentos necessários à prática de sexo e ao uso de drogas mais seguros, mas da ampliação do acesso a bens e serviços (CN-DST/AIDS, 2004).

2.4 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem a pessoas com sofrimento mental esteve durante muito tempo baseada nas práticas da psiquiatria clássica de controle, punição, exclusão, violência, estigma e segregação do louco, demonstrando uma ausência de atitude solidária e humanismo. Frente à proposta da Reforma Psiquiátrica houve a construção de novas modalidades de serviços de atenção em saúde mental, centrando a assistência em uma rede de atenção psicossocial (KIRSCHBAUM, 2000).

As transformações, no papel do enfermeiro psiquiátrico, ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada no asilo, isto é, acompanharam as transformações ocorridas nas práticas médicas e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento do portador de sofrimento mental (CAMPOS, BARROS, 2000).

Nesse sentido, as ações traduzem-se em práticas específicas que recolocam a discussão sobre o significado do cuidado em saúde mental. O novo modelo assistencial reconfigurou o objeto de intervenção - não mais a doença e sim o sujeito-social com sofrimento mental - e, conseqüentemente, a sua finalidade - não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humanas - e os instrumentos de intervenção, ou seja, os saberes e as práticas (JORGE et al., 2000).

Dessa forma, os conhecimentos advindos da graduação não são suficientes para a adequada atuação da enfermagem na área de saúde mental. Por isso, torna-se necessário que os enfermeiros, que trabalham nessa área, busquem novos conhecimentos a fim de complementarem a sua formação (TAYLOR, 1992).

Conforme Souza et al. (2000), os cursos de aperfeiçoamento e atualização na área de enfermagem psiquiátrica são destinados a complementar conteúdos da graduação, aprimorar conhecimentos, oferecer trocas de experiência entre os profissionais, que faz com que haja uma capacitação dos mesmos e a melhoria da assistência aos indivíduos. Os autores supracitados relatam que as exigências do mercado de trabalho, com a Reforma Psiquiátrica, deveriam mobilizar as instituições e enfermeiros para adquirir conhecimentos novos e para assistir de modo inovador e humano o cliente com sofrimento mental.

O enfermeiro, com sua assistência, vem sendo reconhecido como agente terapêutico (SILVEIRA, ALVES, 2003). Por esse motivo, é o profissional mais procurado nos serviços de saúde, por ter preparo e ser o primeiro a estabelecer contato com os usuários dos serviços,

transmitindo familiaridade e proporcionando um contato mais fácil, facilitando um relacionamento e comunicação eficazes (SILVA, FUREGATO, COSTA-JÚNIOR, 2003).

Diante disso, para que o enfermeiro realize suas funções, ele deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico (VILLELA, SCATENA, 2004).

Como atividade privativa do enfermeiro a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) representa um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz, que visa assistir o usuário na sua totalidade, por meio de ações específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (CARPENITO-MOYET, 2009).

Dessa forma, o Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do usuário, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação (CARPENITO-MOYET, 2009).

Miranda (1999) aponta como requisito básico para a prática de enfermagem a capacidade de amar, a capacidade técnica e científica e a capacidade de consciência crítica. Assim, o enfermeiro não deve resolver os problemas dos indivíduos, mas sim trabalhar com eles, buscando encontrar a solução mais adequada para a sua condição, usando seus conhecimentos e habilidades profissionais.

Dessa forma, é fundamental que os enfermeiros considerem que a atitude em relação aos usuários fundamenta o projeto terapêutico, não importando a técnica que instrumentaliza uma intervenção. Assim, para que se estabeleça um projeto terapêutico eficaz é necessário ter: atitude solidária, afetiva, psicoterapêutica e reabilitatória (BARROS, OLIVEIRA, SILVA, 2007).

Portanto, faz-se necessário não pensar em cura em relação aos transtornos mentais como um todo e em abstinência em analogia ao tratamento do consumo abusivo de álcool e outras drogas. Desse modo, torna-se necessário renunciar a soluções ideais, reorientando as teorias e práticas que norteiam o trabalho terapêutico. E uma das formas de repensar essa assistência é analisando e diagnosticando os problemas e adequando as práticas de enfermagem a cada sujeito, que atendam as necessidades do surgimento dos novos modelos

de assistência psiquiátrica, decorridos do processo de reforma psiquiátrica em nosso país. Para isso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem seria como uma ferramenta direcionada ao trabalho de enfermagem psiquiátrica, possibilitando o resgate do ser como único e singular.

Para George (2000), quando o processo de enfermagem é utilizado adequadamente na abordagem do sofrimento mental há um direcionamento ao cuidado prestado, constituindo-se na essência da prática da enfermagem, como instrumento e metodologia que auxilia o enfermeiro na tomada de decisões.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Minayo (2004) aponta que a metodologia pode ser vista como o caminho que leva o pesquisador à abordagem da realidade e é o processo através do qual os fenômenos se desenvolvem.

Neste sentido, esta pesquisa é de natureza descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, pois entende-se que, para o conhecimento de determinados fenômenos, é necessário recorrer a uma forma específica para a apreensão dessa realidade. Assim, a “metodologia qualitativa” seria uma forma de aproximação de uma realidade cujas questões fogem à quantificação, como um universo de significados, processos e fenômenos não reduzíveis à operacionalização de variáveis. Fala-se em qualitativa, porque valoriza aspectos da subjetividade das pessoas e as especificidades dos seus grupos sociais e profissionais.

De acordo com Minayo (2004), a pesquisa qualitativa tem uma metodologia própria, que visa à compreensão interpretativa das experiências dos indivíduos dentro do contexto em que foram vivenciados, respeitando as singularidades dos mesmos. Para Leopardi et al. (2001) a pesquisa qualitativa permite compreender um problema a partir da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, dentro do contexto de sua vida diária, suas conquistas, desapontamentos, surpresas e tantas outras emoções, sentimentos e desejos.

Os “estudos descritivos objetivam descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade” (TRIVIÑOS, 1990, p.110). Ainda segundo Trivinos (1990), os estudos exploratórios permitem ao pesquisador aprofundar sua experiência em torno do problema estudado. O investigador possui determinada hipótese e aprofunda sua pesquisa nos limites de uma realidade singular, e busca antecedentes e maiores conhecimentos. A pesquisa exploratória para Gil (2002) tem como um dos seus objetivos proporcionar maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito.

Os estudos exploratórios descritivos dão ênfase à descoberta de práticas ou diretrizes que precisam ser modificadas e auxiliam na elaboração de alternativas que possam ser substituídas (OLIVEIRA, 1997).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A área total do estado da Paraíba é de 56.439,8 km² divididos em mesorregiões: Sertão, Borborema, Agreste e Mata Paraibana (IBGE, 2010).

Sousa é um município brasileiro localizado no interior do estado da Paraíba, pertencente à Mesorregião do Sertão Paraibano e à Microrregião Depressão do Alto-Piranhas. Localiza-se a oeste da capital do estado, distante desta cerca de 427 km. Ocupa uma área de 842,275 km², sendo o terceiro maior município do estado em extensão territorial. De toda a área, 3,0220 km² estão em perímetro urbano. Sua população recenseada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 65 807 habitantes, sendo o sexto mais populoso do estado, o primeiro de sua microrregião e o segundo de sua mesorregião. A economia da cidade é bastante diversificada, sendo o setor de serviços, o maior responsável pela arrecadação de impostos no município. A cidade se destaca também na produção de coco, produz a melhor água de coco do Brasil. No ramo industrial, Sousa se destaca como uma das cidades mais industrializadas da Paraíba, com pouco mais de 164 indústrias (IBGE, 2010).

Sousa possui 112 estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. No que se refere à assistência à saúde mental, a rede de base comunitária tem um CAPS III, um CAPS I e apenas um na modalidade álcool e drogas e duas residências terapêuticas, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. O CAPS ad tem sete anos de funcionamento com uma equipe de vinte e sete profissionais (psiquiatra, médico clínico geral, psicólogo, assistente social, enfermeiro, artesã, psicopedagoga, educador físico, monitores, cozinheira, agente administrativo e auxiliares de serviços gerais), sendo da equipe de enfermagem três enfermeiros, que atendem de 07:30 h às 16:30 h.

Esse estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas da cidade de Sousa, na Paraíba.

3.3 PARTICIPANTES

Foi utilizada uma população constituída por três enfermeiros do CAPS ad de Sousa. Os critérios de inclusão para essa pesquisa foram os enfermeiros que confirmaram sua adesão através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, independente da faixa etária ou tempo de atuação nos serviços de saúde mental.

3.4 INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi efetuada através de questionário sócio-demográfico (APÊNDICE A) e roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE B).

O questionário sócio-demográfico serviu para identificar o perfil dos participantes (sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, etc). Esses dados capacitam o pesquisador a caracterizar melhor os participantes da pesquisa.

O roteiro para a entrevista objetivou apreender a percepção dos sujeitos pesquisados previstos nos objetivos da pesquisa. Sendo um instrumento que orienta uma conversa com uma finalidade, e deve ser facilitador de abertura e aprofundamento da comunicação. A entrevista parte de certos questionamentos apoiados na teoria que interessa a pesquisa (MINAYO, 2004).

Para Triviños (1990) a entrevista semi-estruturada, não apenas valoriza a presença do investigador como também “oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (p.146). O autor afirma que a mesma parte de certos questionamentos básicos, de acordo com teorias e hipóteses e que oferecem questionamentos, resultantes de novas hipóteses que surgem à medida que recebem as respostas do pesquisado.

3.5 PROCEDIMENTOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. E após aprovação do mesmo iniciou-se a pesquisa com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Sousa. Inicialmente foi aplicado o questionário sócio-demográfico e em seguida realizado uma entrevista individual, seguindo um roteiro semi-estruturado.

Foram realizadas visitas à instituição em um período de duas semanas, no final do mês de outubro e início do mês de novembro, para entrega do projeto de pesquisa, a fim de expor o objetivo e métodos do estudo, e marcar as datas para as entrevistas.

Em cada visita, foi aplicado primeiramente o questionário sócio-demográfico e, posteriormente, foram realizadas as entrevistas com os profissionais que se disponibilizaram a participar, mediante a assinatura do TCLE (ANEXO A). Somente um participante permitiu gravar a entrevista, os demais preferiram responder ao questionário, sem gravar, sendo as respostas anotadas no próprio roteiro de entrevista.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

O questionário sócio-demográfico e as entrevistas foram transcritas na íntegra e, após a leitura cuidadosa, foram identificadas concordâncias no contexto, que possibilitaram o agrupamento de temas, tal como orienta a Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (2004), que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenha significância para o objetivo analítico visado.

Esse tipo de análise compõe-se de três etapas: a primeira é a pré-análise, que consiste em um contato com o material, deixando-se o investigador impregnar pelo seu conteúdo. É seguida pela organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade como: exaustividade, representatividade do universo pretendido, homogeneidade e pertinência. Essa fase é de classificação e codificação dos dados, visando alcançar os núcleos de compreensão do texto e, por último, a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Essa última é a análise final, cujos resultados são discutidos à luz do conhecimento, produzido na área (MINAYO, 2004).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedeceu às disposições contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos individuais ou grupos por si e/ou por seus representantes legais, manifestando a sua anuência à participação na pesquisa.

Tendo o profissional aceito participar da pesquisa, através da assinatura do TCLE (ANEXO A), foi-lhe dado o direito de interromper, livremente, a sua participação, o anonimato da mesma e o sigilo das informações confidenciais, ou retirar o consentimento quando desejasse sem sofrer qualquer penalização.

A pesquisa só foi iniciada mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob protocolo número 0513.0.133.000-11(ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste tópico, serão apresentados, de forma analítica, os resultados e as discussões dos dados obtidos no decorrer da presente pesquisa.

Inicialmente, faz-se uma caracterização dos participantes da pesquisa, procurando compreender a formação profissional e a inserção no serviço. Além disso, procurou-se analisar o trabalho da enfermagem no CAPS ad, identificando as condutas de trabalho e as dificuldades. Por fim, analisou-se a organização do serviço quanto à assistência prestada.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa três enfermeiros do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da cidade de Sousa – Paraíba, sendo duas mulheres e um homem. A idade dos participantes variou de vinte e oito a cinquenta e quatro anos. O que pode indicar força de trabalho relativamente jovem e atividade predominantemente feminina.

Do total de entrevistados, dois são naturais de Sousa e apenas um de João Pessoa, porém os três residem em Sousa. Quanto ao tempo de formação, observou-se que este variou entre dois e trinta e um anos. Apenas um possui especialização, sendo inclusive na área de atuação.

O tempo de atuação em serviços de saúde mental, assim como no CAPS ad varia de um a seis anos. O que remete à confirmação de prática emergente, tal como os próprios serviços.

Apenas um dos participantes não tem outros vínculos empregatícios, os demais têm outras atividades de trabalho na área de enfermagem, seja em outros serviços de saúde mental ou em outras especialidades. A carga horária de trabalho varia de 21 a mais de 40 horas semanais.

Estes dados acima vêm corroborar com o que foi encontrado nos estudos de Silva (2001), em que discute a situação socioeconômica dos países da América Latina como um dos fatores que impulsionam os trabalhadores a procurarem dois ou até mais empregos, sendo motivados por várias causas, dentre elas, o arrocho salarial e o aumento do custo de vida, decorrentes da ideologia de ascensão social.

Em relação à assistência prestada, todos os entrevistados a consideraram boa, pode-se relacionar isso ao comprometimento e satisfação dos trabalhadores nesse tipo de serviço.

Quanto à entrada no serviço, todos os entrevistados relataram que foram convidados pela equipe ou a diretora da instituição, como se pode ver nos depoimentos a seguir:

“Fui convidada pela diretora.”

“Fui convidada pela diretora desta instituição (...), o CAPS ad foi meu primeiro emprego.”

“É eu trabalhava no hospital de pronto socorro do município e aí em 2004 mais ou menos em novembro pra dezembro de 2004 fui chamado pela médica que tava que fazia parte da equipe que abriu o CAPS ad pra que eu fizesse parte do serviço.”

Para o desenvolvimento profissional são importantes as experiências profissionais, já que o conhecimento e as transformações do trabalhador ocorrem também baseados nelas (ROSSINI, 1998). Contudo, elas não devem ser consideradas como única forma de emancipação do saber, pois o conhecimento adquirido por meio da experiência é assistemático, ou seja, baseia-se na particularidade das experiências próprias do indivíduo, e não há sistematização de ideias. Isto pode ser observado na fala abaixo:

“(...) Quando a gente chegou na unidade eu particularmente só tinha visto coisa de CAPS no papel e pouco, só foi uma aula só, então quando a gente chegou aqui não tinha noção de nada do CAPS e como abordaria o usuário (...).”

Essas constatações vêm indicar e reforçar a necessidade de cursos de especialização/residência/aprimoramento, entre outras, para que o enfermeiro, respaldado por formação adequada, inclusive para o trabalho em grupos, possa vir a desenvolver seu trabalho de maneira mais efetiva, embora se saiba que outras variáveis, além de formação acadêmica, possam contribuir para que um indivíduo seja um bom profissional (ROSSINI, 1998).

Sobre a experiência pregressa na área da enfermagem psiquiátrica, nenhum participante possuía experiência anterior ao período em que começou a trabalhar no local estudado. E, atualmente, apenas um dos enfermeiros entrevistados teve o preparo em enfermagem psiquiátrica, através de curso de capacitação, após começar a trabalhar no serviço.

Quando questionados se em algum momento foram capacitados para trabalharem no CAPS ad e que tipo de capacitação, os entrevistados se posicionaram da seguinte forma:

“(...) para iniciar o trabalho neste serviço não fui capacitada, porém, no período que iniciei a equipe participava de supervisões mensais propostas pelo

Ministério da Saúde e foi durante essas supervisões que muitas dúvidas acerca do serviço foram esclarecidas.”

“Não tive ainda.”

“Houve uma capacitação feita pelo Estado, o governo municipal fez um projeto de capacitação e nessa capacitação ela dividia-se em duas partes, uma voltada só para a saúde mental era feita durante o dia na universidade federal (...) e a noite era um sistema voltado mais para o CAPS ad do que seria o CAPS ad.”

Para Furegato e Saeki (2000), com a Reforma Psiquiátrica necessita-se de profissionais capacitados na área de saúde mental. Não basta tê-los em quantidade, é preciso obter a qualidade necessária para assistir humanamente o usuário. Portanto, no caso do enfermeiro, que almeja trabalhar em psiquiatria e saúde mental, precisa buscar maior conhecimento na área, principalmente, adquiridos em cursos de capacitação e especialização.

Os conhecimentos advindos desses cursos propiciarão aos enfermeiros um melhor preparo para lidar com os portadores de sofrimento mental e a possibilidade de criar novas formas de organização do trabalho, que considere as relações existentes entre os usuários, a equipe e a comunidade, além de se tornarem autocríticos em relação à sua assistência. Assim, os profissionais terão maior segurança e respeito por parte da equipe (FUREGATO; SAEKI, 2000).

Nesse contexto, além dos cursos de especialização, os enfermeiros podem conquistar novos conhecimentos por meio de cursos extracurriculares e de capacitação que apoiem suas práticas.

Nesse sentido, dois dos sujeitos entrevistados ainda não receberam treinamento e/ou fizeram cursos complementares na área. Essa questão merece ser destacada como relevante, pela pouca mobilização institucional em oferecer o treinamento adequado aos profissionais que participam de trabalhos tão específicos como os desse serviço.

4.2 O TRABALHO DA ENFERMAGEM, CONDUTAS E DIFICULDADES

A equipe de enfermagem do CAPS ad de Sousa é formada somente por enfermeiros, não existindo assim profissionais do nível técnico. Os enfermeiros são responsáveis por todas as atividades de enfermagem, porém quando questionados em relação às atividades desenvolvidas no serviço, todos os participantes relataram somente atividades assistenciais,

possivelmente devido ao esquecimento de mencionar as atividades burocrático-administrativas.

Pode-se dividir as atividades assistenciais em: atendimentos individuais, que consistem em consultas de enfermagem (intercorrências clínicas), triagem, acolhimento, observação e contato com os usuários; atendimento individual, administração e entrega de medicação; verificação de sinais vitais, orientação, assistência de enfermagem (evolução do paciente, projeto terapêutico individual); atendimentos grupais que são atividades de grupo (operativo, orientação à saúde e à medicação) e de oficinas, e atendimento familiar de acordo com os discursos abaixo:

“(...) Como enfermeiro a gente faz um plano semanal de avaliação dos pacientes que estão num nível mais crônico assim de complicações, alguns desenvolveram algumas co-morbidades também que a gente tem que avaliar e ver como é que ta essa resposta (...) no dia a dia normalmente o acolhimento é de 8:30 até 9:00 da manhã e depois a partir das 9 a gente começa a entrevistar os pacientes atrás de queixas clínicas (...) verificação de PA (...) grupo de saúde que é voltado para orientações práticas de saúde. No dia a dia, também tem os atendimentos de enfermagem que ocorrem todos os dias. Eles vêm de forma espontânea ate nós e trazem suas queixas, aí faz parte do planejamento assim de metas de saúde para eles alcançarem, tem um projeto de atendimento individual onde a gente traça também esse tipo de metas com os usuários...”

“Triagem, atendimento individual, evolução clínica, entrega de medicação.”

“Eu faço atendimento individual de enfermagem, entrega de medicação. Primeiro, faço atendimento (triagem) e evolução clínica.”

De acordo com os relatos, percebe-se que a equipe de enfermagem atua com a realização do projeto terapêutico, elaborado de acordo com as necessidades singulares, capacidades de cada paciente e promoção da comunicação terapêutica.

“A gente senta pra traçar com eles quais medidas ele querem, pra vamos dizer, assim, pra ele atingir. Inicialmente, a maioria se queixa da saúde, a saúde em si então (...) eles querem ficar bom desses problemas e à medida que eles vão se recuperando desses problemas físicos, eles também vão se envolvendo com a questão emocional e vão se envolvendo com a questão familiar e a gente formula novas metas, e a gente vê os resultados que foram alcançados discute com a equipe clínica.”

A comunicação terapêutica permite uma interação entre enfermeiro e usuário, e proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento humano que atinja os objetivos da assistência. Dessa forma, a comunicação é de suma importância na prática de enfermagem, pois permite ao profissional estabelecer um relacionamento de trabalho com os

pacientes, ajudando-os a suprir suas necessidades em relação à saúde (POTTER, PERRY, 2005). As mesmas autoras supracitadas assinalam que, através da comunicação, são criadas condições, para que o profissional de enfermagem efetive mudanças, no intento de promover o bem-estar dos indivíduos.

Para se obter maior percepção acerca do processo comunicativo, não como mero recurso teórico, mas com finalidades práticas, a comunicação efetiva e eficaz diária pode ajudar na conduta dos enfermeiros e assegurar possibilidades terapêuticas na sua atuação, bem como, desempenho humanista e direcionado ao bem estar daqueles que estão sob seus cuidados (MACHADO, LEITÃO, HOLANDA, 2005).

Os enfermeiros deixam transparecer que é imprescindível que se mantenha uma comunicação eficaz, estabelecendo vínculos para um relacionamento baseado na confiança e segurança. Assim, o usuário pode falar de si e de seus problemas, com leveza e tranquilidade, depositando cada vez mais credibilidade na assistência de enfermagem.

Os profissionais apontam a experiência e o fato da equipe ser interdisciplinar como motivo facilitador para o desempenho das atividades de enfermagem, além da autonomia do CAPS ad, para solucionar problemas em todos os níveis de atenção à saúde dos usuários, da disponibilidade de automóvel, do apoio da secretaria municipal de saúde e da direção da instituição. Ainda relatam a identificação com a área de atuação como aspecto facilitador nas atividades desenvolvidas. Isto pode ser verificado nos depoimentos abaixo:

“(...) a equipe clínica inteira por si ela é bem unificada, a gente sempre divide bem as atividades (...) discute bastante (...) a relação de um profissional com o outro (...) existe um interesse assim da equipe inteira pra buscar resoluções desse paciente, o próprio governo municipal ajuda em várias questões como material, estrutura, não falta medicamentos (...) os encaminhamentos são feitos daqui da unidade mesmo pra que os pacientes não terem que ir para um PSF marcarem lá às vezes aguardar muito tempo (...) a gente tem um carro disponível na unidade pra às vezes até se o usuário não tiver comparecido na unidade a gente possa entregar esses exames em casa, às vezes até medicação então tudo aqui na unidade (...) eu acho fácil (...) porque também existe o apoio muito grande que nos é dado da direção, da coordenação de saúde mental e todos os funcionários envolvidos no processo.”

“Primeiramente, eu me identifico muito com a saúde mental, e, principalmente, com o trabalho desenvolvido no CAPS ad, a equipe também é uma grande incentivadora, já que somos muito unidos e trabalhamos, realmente, em conjunto. Outro fator importante é o nível dos profissionais, temos profissionais bastante capacitados na equipe, então, aprendo bastante com eles.”

“Participar de uma equipe com mais experiência e multidisciplinar, é muito importante e ajuda bastante.”

A inserção do enfermeiro nos CAPS ad parece ser facilitada pelo bom relacionamento com a equipe multiprofissional que tem, na perspectiva da interdisciplinaridade, a capacidade de absorver o conhecimento do enfermeiro e reconhecer que esse é importante para o sucesso da proposta terapêutica. O trabalho interdisciplinar exige que os membros da equipe socializem seus papéis, proporcionando redução da organização hierarquizada em prol de trabalho coletivo e igualitário (SADIGURSKY, 2002).

As dificuldades apontadas como obstáculos para exercer o trabalho de enfermagem no serviço foram relacionadas à falta de capacitação/ treinamento para os profissionais que atuam nessa área e ausência de assistência nos serviços de saúde aos usuários de álcool e drogas no período da noite.

“A falta de um atendimento mais intensivo para que pudéssemos assistir o usuário de uma forma mais complexa, tanto durante o dia como a noite, para que prestássemos atendimento durante a crise de abstinência como também durante a fase de desintoxicação. Outra dificuldade é a falta de programas específicos para usuários de crack, como também, a ausência de investimentos na capacitação dos profissionais que atuam nesta área.”

“Falta de capacitação profissional.”

“(…) a mim só carece de uma única coisa que o CAPS ad é uma clínica dia, muitos usuários passam pela questão da abstinência e os hospitais gerais do município de Sousa não querem atender esse tipo de paciente e além disso nesse momento (…) da abstinência é o momento inicial do tratamento de usuários quando é necessário maior aporte de coisas oferecidas para que ele se recupere com mais facilidade, a gente recupera esse usuário (…) reintegra ele na sociedade (…) nenhum hospital aqui em Sousa dispõe de haldol (…) acho que só o Santa Terezinha (…) um paciente em abstinência alcoólica ele não vai conseguir sobreviver só com diazepam e a gente não tem onde colocar esse paciente aqui, a gente vai medicar durante o dia, avaliar durante o dia, mas quando chegar ao final da tarde mandar para casa e aí fica aos cuidados e sofrimento da família vai ter que retornar no outro dia talvez com o quadro de abstinência. Já vi quadro de abstinência de álcool durar 3 dias, o crack é mais agressivo, o usuário não consegue ficar muito tempo sem usar drogas, então foge de casa, quebra a casa, leva móveis, agride a família e, aí então, seria necessário um espaço onde ele pudesse ficar pelo menos uns cinco dias, (…) a gente já visualiza a possibilidade se algum dia tiver a oportunidade de conseguir fazer o CAPS ad III e que a gente consiga pelo menos essa modalidade de observação ou de recuperação ou de desintoxicação por quinze dias no máximo e voltaria para o CAPS ad. Sou contra a criação do CAPS ad III nas condições que a gente se encontra hoje eu seria mais a favor de que mantivesse o CAPS ad aqui do jeito que tá e que houvesse um outro espaço só para desintoxicação e que os dois fossem ligados, claro que se houvesse uma casa grande que tivesse a possibilidade de haver tudo seria melhor, mas quando a gente fala nessa desintoxicação, CAPS ad III o pessoal já quer colocar esse CAPS ad afastado da cidade e uma das prioridades do CAPS é a facilidade de acesso, a gente também não pode pensar num CAPS ad afastado da cidade não, então tem que se rever bastante essa questão.”

O bem-estar dos portadores de sofrimento mental deve ser alvo do enfermeiro, sendo necessário, segundo Stuart e Laraia (2001), modificar efetivamente as respostas psicoemocionais inadequadas em todos os âmbitos da assistência de enfermagem. Dos enfermeiros que participaram da pesquisa, pôde-se constatar que estes não utilizam a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), de acordo com as seguintes falas:

“No momento, não.”

“Não”

“Não, a gente não utiliza (...) mas a gente faz uma coisa um pouco parecida, quando a gente elabora o projeto terapêutico do paciente porque a gente procura saber quais são os problemas que ele apresenta em todas as suas áreas, seja em problemas familiares, seja a questão do desemprego, seja a questão da auto-estima, autocuidados, relação com as pessoas que os cercam (...) isso aí então de certa forma (...) pelo próprio tratamento de enfermagem pela própria clínica a gente achou que era mais aquilo ali é parecido um pouco com a assistência de enfermagem só que não existe é, por exemplo, a gente não faz um diagnóstico baseado na NANDA, por exemplo, nem traça qualquer diagnóstico do paciente, a gente deixa um pouco mais a vontade pra que ele diga o que quer, (...) com certeza vamos discutir com ele os problemas que ele tem, mas ele é que vê os problemas que ele quer naquele momento superar e a gente faz a reavaliação, normalmente com 30 dias pra ver os resultados que ele queria atingir então e faz um novo projeto, uma segunda fase do projeto pra seguir novas metas também.”

O processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem foi desenvolvido como um modo para sistematizar os cuidados em enfermagem, melhorando sua eficácia e sua qualidade. Facilitando, assim, a forma de planejar e implementar os cuidados aos usuários dos serviços, de modo mais independente e eficiente. Quando os enfermeiros praticam os modelos do processo de enfermagem, os pacientes recebem cuidados altamente qualificados em um mínimo de tempo e um máximo de eficiência (SILVA, SHIMIZU, 2007).

Nas palavras de George (2000), quando o processo de enfermagem é utilizado adequadamente com uma abordagem voltada para o portador de sofrimento mental, há um direcionamento ao cuidado prestado, constituindo-se na essência da prática da enfermagem, como instrumento e metodologia que auxilia o enfermeiro na tomada de decisões, uma vez que propicia prever e avaliar as consequências das intervenções, oferecendo, assim, ao portador de sofrimento mental, o que de fato é responsabilidade da profissão, o pano de fundo para uma boa prática profissional.

Para que se possa estabelecer a sistematização da assistência de enfermagem é de vital importância que o enfermeiro abandone muitos dos pressupostos teórico-práticos do modelo

biomédico, de modo a enterrar preconceitos antigos e abraçar um modelo mais arrojado, que lhe permita a visualização de seus esforços (fundamentados cientificamente), como estratégias para planejar o cuidado individualizado ao portador de sofrimento mental (TOLEDO, 2004).

Apesar de não utilizarem a SAE como instrumento para a assistência de enfermagem, os profissionais compreendem a importância desse processo e consideram que a sua implantação poderia melhorar a assistência prestada nos serviços realizados no CAPS ad.

“A SAE é uma forma de visualizarmos de forma mais complexa os diagnósticos clínicos dos nossos usuários e assim podermos assisti-los, também, de modo mais complexo.”

“É uma forma de ver o usuário além da dependência.”

A Sistematização da Assistência de Enfermagem constitui-se em uma metodologia de assistência, um instrumento utilizado pelo enfermeiro a fim de facilitar a identificação dos reais problemas de saúde e potenciais do paciente/familiar ou comunidade. Buscando estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem visando respostas humanas positivas ou resultados de cuidados positivos (CROSSETTI, DIAS, 2002).

Apenas um participante considera que não melhoraria a assistência, pois acredita que a SAE se aplica melhor as patologias clínicas e não as alterações do comportamento e necessidades psicológicas.

“Eu acho assim que talvez o projeto terapêutico individual seja uma adaptação que a gente fez para o CAPS do que seria mais parecido com a sistematização da assistência de enfermagem (...) a avaliação do projeto terapêutico daqui é a longo prazo, a sistematização como a gente pega mais pacientes clínicos ela é meio que desenvolvida mais pra clínica, essa assistência é meio que diária (...) mas aqui quanto mais você vai se movendo tangenciando as questões da área psicológica você vai ver que elas são mais a longo prazo, então essa reavaliação não tem como ser diária (...)”

Os processos de enfermagem, vinculados ou não a teorias de enfermagem, fundamentam-se no método de resolução científica de problemas e, por isso, suas fases propõem a coleta de informações, a definição do problema, a opção por uma solução, testando-a, avaliando seus resultados e tentando outras soluções se a primeira não tiver sido satisfatória (SOUSA, HERCULANO, PESSOA, 2002). Dessa forma, o participante compara o projeto terapêutico individual a SAE, porque, de certa forma, sistematiza as condutas e metas traçadas para cada usuário com uma única diferença: não há formulação de diagnósticos.

O diagnóstico de enfermagem é definido pela North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (2005, p. 283) como “um julgamento clínico acerca das reações de um indivíduo, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou a processos de vida e constituem a base para a seleção de intervenções de enfermagem.”

Para Toledo (2004), a enfermagem deve estimular a motivação individual do portador de sofrimento mental, para que consiga suprir suas necessidades básicas, tanto no contexto familiar quanto no da comunidade, tendo em vista a reabilitação psicossocial.

4.3 A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO QUANTO À ASSISTÊNCIA PRESTADA

Atualmente, entende-se por Reforma Psiquiátrica um processo complexo, em que houve uma revisão e reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria e da saúde mental, através da reconstrução e reinvenção de novas estratégias e dispositivos de assistência e cuidado, revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária, transformação, na prática social e política, de conceitos como cidadania, direitos civis, sociais e humanos, conjunto de iniciativas estimulando as pessoas a repensarem seus princípios, preconceitos e suas opiniões formadas sobre a loucura (AMARANTE, 2007).

Assim sendo, tornou-se necessária a construção de uma rede de assistência baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, localizada no território e articulada a outros setores sociais, objetivando a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos seus usuários que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Em relação às mudanças das práticas que decorreram da Reforma Psiquiátrica, os entrevistados, quando questionados se essa transformação tornou a assistência deficiente, as respostas são unânimes em afirmar que não há carência em relação ao serviço, já que a mudança de estratégias e saberes só vieram a beneficiar usuários e profissionais.

“Não, porque com a Reforma Psiquiátrica ajudou muito a interação social.”

“Não vejo a parte deficiente da reforma, principalmente em relação aos usuários do CAPS ad, à medida que estes tiveram a chance de receber um tratamento o qual possibilita uma ressocialização.”

“Deficiente acho que nenhuma (...) vejo uma grande liberdade de pensamento do usuário, uma gama de maiores ofertas de opções de tratamento, o paciente ele fica na unidade porque ele quer pelo interesse dele, então pra que aja um interesse do paciente tem que ter a oferta também do que a gente pode dar pra ele de condições de tratamento, de ambiente de lazer (...) o isolamento é um

grande problema para o usuário (...) muitos médicos não veem o paciente não, eles chegam o olham a prancheta houve evolução? Não, repete a medicação nem olha para cara do paciente, não sabe nem como ele tá, isso é comum e muito mais comum na clínica psiquiátrica que existe essa repetição de remédio, pacientes cronificando com mais facilidade, doses muito mais elevadas pra os profissionais dormirem a noite, eu sei disso porque eu já estagiei no Juliano Moreira. Então na minha visão essa reforma da avaliação psiquiátrica para o CAPS para usuários com problemas com drogas CAPS ad é a grande evolução (...)"

Amarante (2007) refere-se à desinstitucionalização não apenas como desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata, tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não lhe administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico.

O atendimento no CAPS ad é realizado por equipe interdisciplinar, composta por profissionais de diversas áreas (BRASIL, 2004c). O usuário, ao ser acolhido no serviço, passa por atendimento médico, psicológico, ações do serviço social, além de outras atividades como trabalhos manuais, atividades físicas, grupos de família, oficinas informativas, palestras, grupos terapêuticos, oficinas de autocuidado, momentos de lazer, alfabetização, jogos e recreação, sob a perspectiva de minimizar os danos provocados pelo abuso das drogas.

Além da equipe multi e interdisciplinar, o CAPS ad deve preconizar a intersetorialidade, como proposta pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, a necessidade de instituir a intersetorialidade através da cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda (BRASIL, 2010).

Os participantes da pesquisa relataram fazer parte de uma equipe multi e interdisciplinar e ainda intersetorial. Apenas um participante esboçou preocupação pelo fato do psiquiatra não participar das reuniões.

“A gente tem uma certa dificuldade porque o psiquiatra não participa das reuniões. A reunião é na sexta feira a tarde e todos os profissionais participam, mas o psiquiatra só está aqui até a quarta-feira (...) mas a gente decidiu pegar em uma quarta feira do mês (...) se reunir com ele também e passar mais ou menos o que está acontecendo na unidade como foi a nossa proposta de tratamento, porque o acolhimento tá se dando daquela forma, como que tá o resultado dos psicoterápicos, como que estão as reuniões familiares, as visitas em domicilio (...) todo mundo se integra, todo mundo faz parte de tudo (...) é

tanto que no projeto terapêutico individual todos os profissionais vão fazer parte, a preferência pra assumir um projeto de um paciente se dá pela afinidade que o paciente tem. Muitas vezes você é um ótimo profissional, mas o paciente não se abre, se abre mais com outra pessoa então essa pessoa é a mais indicada para assumir o projeto terapêutico (...) não existe uma divisão de quantas pessoas são para cada um, mas sim de acordo com a afinidade é que a gente vai cuidando do paciente (...) então sem as reuniões semanais entre nós mesmos para discutir as causas e os problemas dos pacientes, a gente estaria um pouco perdido no tratamento, cada um fazia a sua parte separado sem se comunicar não existe mudança na vida do usuário não. (...).”

“Sim, (...), a nossa equipe atua de forma multi e interdisciplinar, então todos os profissionais participam de todas as atividades desenvolvidas, e intersetorialmente.”

A intersetorialidade deve representar um espaço de compartilhamento de saberes e de poderes, de estruturação de novas linguagens, de novas práticas e de novos conceitos. Sua construção que se manifesta em inúmeras iniciativas, é parte de um processo transformador no modo de planejar, realizar e avaliar as ações intersetoriais. Assim, passa a cobrar das instituições e dos sujeitos envolvidos um reordenamento na implementação das manifestações pontuais no conjunto das políticas públicas (COMERLATTO et al., 2007).

Comerlatto et al., (2007) considera que a intersetorialidade incorre, portanto, em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de políticas públicas como em todos os outros setores da sociedade, além de trazer a necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas.

“(...) a gente convida de vez em quando alguém do AA (...) atualmente, a loja maçônica também veio nos visitar (...) propuseram atividades assim uma forma de ajuda, estão divulgando o nosso trabalho na rádio, tá entendendo, quiseram participar das palestras com os profissionais e com alguns usuários, sempre o pessoal do AA dá uma passadinha aqui (...) a gente convida também para fazer palestras professores da universidade, também alguns usuários com problemas na justiça e a gente sempre tenta manter essa parceria. A gente tava vendo a possibilidade de uma lei que favorecesse o usuário de drogas, para que a pessoa que contratasse um usuário de drogas pagasse menos impostos é uma possibilidade também (...) mas de certa forma é atualmente que a gente tem recebido menos queixas dos pacientes em relação a isso do que no início do CAPS (...) era comum a gente escutar dos pacientes que eles não conseguiam um trabalho porque usavam drogas atualmente não, a maioria do pessoal que contrata já sabia que usava drogas antes, mas contrata da mesma forma, muitos pacientes vem pra cá inclusive pra fazer o primeiro atendimento com os chefes deles (...) hoje eu sinto mais é falta de vontade dos pacientes do que da própria sociedade em receber esses pacientes, a maioria dos que estão hoje sem trabalhar aqui na unidade hoje do CAPS (...) não consegue emprego porque não quer, não é porque não tem vaga não, tem vaga, (...) então hoje eu vejo assim que por enquanto não sei até quando vai isso aí mas que a sociedade sousense demonstra um maior interesse na pessoa e não no fato dela usar ou não drogas.”

Assim há a necessidade de investir na comunicação com a sociedade propiciando a divulgação, nos meios de comunicação, das políticas e ações do campo, de forma a possibilitar a ampliação de conhecimentos da população, visando reduzir preconceitos e estigma associados ao consumo de álcool e outras drogas. Igualmente, é necessário assegurar que a imagem das pessoas que usam álcool e outras drogas ou com transtorno mental não seja veiculada e explorada, de forma vexatória, degradante, ou desumana, pelos veículos de comunicação (BRASIL, 2010).

Dentro do serviço do CAPS ad, o enfermeiro assume ações que vão desde intervenções pessoais até um nível coletivo, por meio de ações que atinjam a sociedade de um modo geral, não apenas dentro do ambiente do CAPS ad, mas também em escolas, unidades básicas de saúde, associações, instituições privadas e filantrópicas, a fim de promover uma articulação no sentido de reinserir e reestabelecer as redes sociais perdidas pelo grande estigma carregado, durante muito tempo, pelo portador de transtornos mentais (BRASIL, 2004c).

As ações denominadas de Redução de Danos (RD) representam um marco da atuação da saúde pública contemporânea, e correspondem a um conjunto de estratégias de saúde pública que têm por objetivo reduzir e/ou prevenir as consequências negativas associadas ao uso de drogas (FONSECA, 2005).

Os enfermeiros apresentaram conhecimento sobre a política de redução de danos e aplicam essa proposta no CAPS ad, porém não como preconiza a política, com estratégias a serem desenvolvidas, como Programas de Trocas de Seringa (PTS) ou Programas de Manutenção por Metadona ou com a integração dos PRD ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com profissionais denominados redutores de danos, mas executam a RD como ideia de abstinência através dessa redução. Pode-se observar isto através dos seguintes discursos:

“É uma nova maneira de reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas, focando a prevenção aos danos e não à prevenção ao uso de drogas. Sim, porém, se tivéssemos um profissional redutor de danos seria implementado de maneira mais eficaz.”

“Sim, pois o objetivo é que o usuário reduza o uso.”

“Sim a gente utiliza a redução de danos no serviço (...) a princípio (...) a gente tinha a mesma proposta do AA, a gente queria que o paciente passasse o maior tempo possível em abstinência e a gente se chocava, ficava triste quando o paciente recaía, mas quando a gente entrou em contato com os pacientes

usuários de crack, a gente percebeu que essa abstinência tanto era mais curta como a fissura da vontade de usar droga era muito grande e então os usuários acabavam fazendo uso (...) com o tempo, nós mesmos sem sabermos sobre a política de redução de danos ainda, a gente começou a entender que esses usuários estavam num processo evolutivo (...) a gente considerava esse usuário em recuperação (...) e, depois, a proposta de redução de danos como atualmente é conhecida hoje, depois de ter passado por aquela fase (...) de distribuição de seringas para evitar a hepatite C, AIDS, mas ela evoluiu ao ponto de que a maioria dos teóricos atuais considera qualquer proposta que você faça, qualquer intervenção que você realize com o usuário de drogas e que faça com que ele reduza a quantidade de drogas que ele está usando (...) a redução de danos não foi bem uma proposta (...) mas sim foi uma condição que os usuários nos impuseram de que as drogas não permitiam que a gente visse o usuário na sua estrutura e no que ele pode fazer pra se recuperar, depois de tamanha devastação que as drogas já fizeram em sua vida. Então, esse pouco que eles conseguem a família ainda acha pouco. Claro, que o usuário também acha pouco, mas para nós já é muito.”

Desse modo, pode-se perceber que é melhor reduzir os danos, ao invés de tentar, invariavelmente, eliminá-los por completo, o que é possível quando se trata de cada indivíduo singular, mas não de um ponto de vista coletivo (FONSECA, 2005).

A abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, privilegiando-se a redução de danos ao reconhecer cada usuário em suas singularidades, mas também traçando estratégias mútuas, voltadas para a defesa da vida e aumento do grau de liberdade e de co-responsabilidade. Os profissionais de saúde, no estabelecimento do vínculo terapêutico, passam também a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pelo usuário e pelas muitas vidas que a ele se ligam e que nele se expressam (BRASIL, 2003).

A tríade família-usuário-profissional foi discutida quanto às dificuldades e benefícios dessa relação e, na percepção dos participantes da pesquisa, observou-se que eles consideram essa relação de extrema importância e ressaltam a preocupação da equipe para com essa aliança, através de preparação de reuniões semanais e visitas domiciliares, como se pode perceber nas falas a seguir:

“Os benefícios são quando a família acompanha o usuário, o tratamento é mais eficaz.”

“Desde a fundação do CAPS ad o símbolo que a gente inicialmente utilizou era um triângulo com três mãos, uma mão seria do usuário paciente a outra mão dos profissionais envolvidos e o terceiro seria da família do paciente. Sem os três, o tratamento não funciona; é tanto que a maioria dos pacientes ainda são os moradores de rua, os que vivem sozinhos, que foram abandonados pela família ou os que a família ainda rejeita ou trata mal (...) visitas domiciliares não pra ver o usuário, mas para ver a família que, na maioria das vezes, é feita pela assistente social (...) reuniões familiares que ocorrem semanalmente (...) a família participa bastante (...) tá sempre interessada no tratamento dos usuários.

Muitas vezes, um familiar é quem vem pegar a medicação ou vem buscar o usuário na unidade e discute também o caso com a gente. Qualquer dúvida, a gente tá sempre discutindo (...). Sem a participação da família, o tratamento fica pela metade (...). A resposta tá sendo muito positiva (...).”

“A nossa unidade realiza reuniões semanais com a família, pois é muito importante ter essa interação família-equipe, não só a equipe de enfermagem, mas a equipe como um todo. A equipe de enfermagem tem um grande acesso à família do usuário, já que, na grande maioria, a família acompanha o usuário à consulta médica, como também, na entrega de medicação. É muito importante que ocorra o “feedback” entre equipe e família.”

Santos et al. (2000), relata semelhante situação em pesquisa no CAPS ad de Minas Gerais, em que a participação da família ocorria de maneira não efetiva, restringindo-se apenas a reuniões em que se discutiam assuntos acerca da medicação e como lidar com situações próprias da doença. A participação familiar dentro do CAPS ad deve superar o papel de apenas objeto das ações, mas também transformar-se em sujeito de ações, que se envolva com a questão a fim de promover o processo de reintegração e reinserção social, bem como o resgate da sua cidadania.

O ser humano não vive sozinho, mas em um contexto social em que a família é sua rede de suporte mais próxima. Por isso, para cuidá-lo, não se pode deixar de vê-lo como um todo e integrante desse contexto. Desse modo, com vista a um cuidado mais efetivo, já não se cuida mais somente da pessoa, mas também da família (SCHRANK, OLSCHOWSKY, 2008; WAIDMAN, ELSEN, MARCON, 2008).

Apesar dos esforços, ainda há dificuldades nessa relação e negligência por parte da família, pois quando questionados se a família ao ver o usuário ser acompanhado pelo CAPS ad não tenta “abandonar” o problema, colocar a responsabilidade somente na equipe e na própria instituição, um dos entrevistados afirma que:

“A grande maioria das famílias faz isso aí. É um sentimento de revolta com aquela situação, que depois de se passar dez anos com aquele problema, você sente que não existe mais nada a fazer pela recuperação daquela pessoa e que a qualquer momento vai voltar tudo de novo. Então, a família quer se livrar daquele problema. Às vezes, é uma coisa até inconsciente (...). Às vezes, é negligente, não cumpre seu papel (...).”

O convívio com pessoas com transtornos na saúde, físicos ou psiquiátricos, é muito difícil e desgastante para o grupo familiar. Tal desgaste agrava-se quando a doença é prolongada, quando apresenta recidivas de manifestações agudas e, principalmente, quando é incapacitante e estigmatizadora (SMELTZER, BARE, 2006).

A preocupação com uso e abuso de drogas por parte das famílias se inicia quando sintomas emocionais e físicos são manifestados não só pelo usuário, mas por alguns membros da família. Ao buscarem ajuda no serviço, as famílias assumem grandes expectativas na resolução de seu problema, almejando o tratamento como se fosse uma solução, uma “cura” para a dependência psicoativa (MARTINS, PILLON, LUIS, 2004). Neste sentido, cabe a equipe de saúde buscar sempre estreitar esse laço com a família. Os profissionais deste serviço procuram realizar um elo de interação com a família, considerando-a como fazendo parte da equipe de tratamento, como se pode ver nos depoimentos a seguir:

“(...) A família quando não entende a situação do usuário, não entende o processo de recuperação, não ajuda na recuperação dele. Com certeza, à medida que a família passa a entender o que tá acontecendo: qual é a nossa política, quais são as expectativas, quais são as expectativas dele. A partir daí, ela passa a ajudar no tratamento e entender bem a situação. É uma outra equipe para tratar do usuário, é a família.(...)”

“(...) Cabe a nós fazermos esse resgate, indo até eles, conversando direitinho para que percebam a participação deles e a importância dessa participação e que eles voltem a comparecer na unidade (...) a gente tem que manter a família unida e seguindo a proposta de tratamento, lembrando que teve um tempo de recuperação. Enfim, tentando manter todo mundo unido nesse processo de recuperação do paciente.”

A família é a mais comprometida com o problema e a personagem que mais possui recursos para auxiliar o membro usuário de drogas, desde que devidamente estimulada e acompanhada, haja vista que todos os membros da família têm sua cota de responsabilidade pelo problema apresentado (MARTINS, PILLON, LUIS, 2004). Devido às suas características próprias de proximidade e convivência, a família tem melhores condições para acompanhar o processo saúde-doença de seus membros (ANGELO, BOUSSO, 2001).

O fato desse serviço ser classificado na modalidade tipo II, para dois dos participantes limita as condutas/eficácia das atividades desenvolvidas. Para eles, o CAPS ad 24 horas ou CAPS ad III como é classificado seria uma nova possibilidade de assistência qualificada e eficaz.

“(...) Nós escutamos diariamente de nossos usuários a dificuldade de enfrentar a noite nas ruas, principalmente aqueles que não conseguem ficar em abstinência e que necessitam de um período para desintoxicação.”

“O CAPS ad II limita a eficácia do tratamento. Ter o CAPS ad III 24 horas seria bom, porque resolveria a maior dificuldade dos usuários, que é o período noturno.”

A portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS ad III. Entende-se por CAPS ad III aquele estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana. (Art. 1º § 1º). O CAPS ad III como suporte para o CAPS ad II. Um dos profissionais entrevistados concorda com a necessidade de implantação desse serviço como modo complementar.

“(…) O tratamento no CAPS ad III necessita ser complementado no CAPS ad II, já que são fases diferentes no tratamento. O CAPS ad III seria para usuários que necessitam de um atendimento intensivo para passar por uma desintoxicação e o CAPS ad II continuaria o tratamento com o paciente semi e não intensivo já desintoxicados e em abstinência.”

Já outro profissional entrevistado discorda da implementação do CAPS ad III e aponta que o CAPS ad II funciona bem, por isso não há a necessidade de atendimento no período noturno, uma vez que as atividades e condutas não são limitadas por essa modalidade e não há a necessidade de torná-las mais qualificadas por implantação do CAPS ad 24 horas.

“Não acho que o CAPS ad III viesse melhorar o serviço, (...) existe uma balança que é mais ou menos assim: o tempo que o usuário passa aqui, ele também deixa de ter o retorno social (...) e o (...) CAPS ad II (...) funciona de manhã e tarde. Então, não vejo problema nenhum (...) mesmo porque a gente influencia muito essa questão de retorno familiar (...). Se fosse um CAPS ad (...) só um turno eu sentiria mais essa carência dos usuários, (...) acho que é a falta de um grupo à noite ou de um pessoal assim que venha comparecer mais a noite. Eu não acho tão assim que faria grande diferença não, talvez se houver um CAPS ad III e se iniciarem grupos à noite, a gente possa contra balancear isso aí e ver a diferença. (...) 8 horas de atividade mesmo que de lazer ela cansa um pouco o usuário (...) a gente prefere que eles façam (...) parte (...) de grupos que são automaticamente à noite como os AA (...), reuniões de família, reuniões de pais algumas coisas assim que a gente prefere que eles aproveitem à noite.”

Como dificuldades identificadas, os profissionais apontaram problemas relacionados à organização do serviço, relataram a necessidade de contratação de mais profissionais, como terapeuta ocupacional e assistente social, participação de todos os profissionais nas atividades da instituição e implantação de serviços de suporte ao CAPS ad.

“Para que tenhamos mais eficácia e eficiência no tratamento proposto no CAPS ad II necessitamos de um CAPS ad III, como também, da contratação de mais profissionais como terapeuta ocupacional e outra assistente social.”

“O aumento da carga horária do Psiquiatra e a implantação do CAPS ad III e mais assistentes sociais.”

“No momento, a diretora está um pouco ausente, acho que só isso, ela deveria participar mais da unidade porque tem as questões burocráticas que é da parte dela e a medida que ela pede pra outras pessoas fazerem, a gente fica tirando o foco do serviço (...) a gente foi devagarzinho uma pá após a outra e agora está nivelando quando for daqui a uns dois ou três meses talvez a gente esteja com um CAPS ad com todas as suas funções normais.”

De uma forma geral, percebe-se através das falas dos enfermeiros que muito já se tem avançado da forma como se assiste os usuários de álcool e drogas, mas muito ainda tem que ser conquistado nessa área e, especialmente, nessa instituição, em que se observou a falta de capacitação e falhas na estrutura e dinâmica do serviço, fato que pode comprometer a qualidade da assistência prestada. Mas o que facilita não só a forma como os enfermeiros assistem os usuários do serviço, mas a atenção como um todo, é o fato de se ter uma equipe comprometida com o projeto terapêutico, com a inclusão do usuário no processo, intersetorialidade e por acreditarem que reduzir danos é a melhor maneira de conseguir a abstinência, de forma eficaz.

Assim, a desinstitucionalização é vista pelos profissionais pesquisados como um processo de mudança que oferece melhores expectativas e liberdade não só ao usuário, mas ao profissional e que permite o que há de mais importante nessa grande e complexa mudança de estratégias, dispositivos e saberes que é a ressocialização e reabilitação psicossocial. Mas os participantes apontam para a existência de uma falha, a ausência de serviço especializado para atendimento durante crises de abstinência e na fase desintoxicação, que se bem analisada e modificada poderia vir a melhorar não só a assistência prestada, mas dar suporte e ser complementar, que seria a implantação de um CAPS ad 24 horas, para que os usuários pudessem vir a ser assistidos de forma adequada nessa cidade.

Portanto, analisar as questões pontuadas neste estudo é a possibilidade de diagnosticar os problemas para assim aperfeiçoar as práticas neste e em outros serviços de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os relatos, percebe-se que a equipe de enfermagem utiliza um projeto terapêutico que atenda as necessidades singulares de cada usuário, no sentido de garantir um vínculo na relação enfermeiro-usuário.

Os profissionais apontam a experiência e o fato da equipe ser interdisciplinar, como motivo facilitador para o desempenho das atividades de enfermagem. Além disso, pode-se perceber uma autonomia do CAPS ad para solucionar problemas em todos os níveis de atenção a saúde dos usuários, com apoio da gestão municipal. Os participantes relatam ainda a identificação com a área de atuação como aspecto facilitador nas atividades desenvolvidas.

As dificuldades apontadas como obstáculos para exercer o trabalho de enfermagem no serviço foram relacionadas à estrutura e dinâmica do serviço, como falta de profissionais ou ausência dos mesmos nas atividades da instituição ou serviços de suporte ao CAPS, além da falta de capacitação/ treinamento.

Dos enfermeiros que participaram da pesquisa, pôde-se constatar que não utilizam a sistematização da assistência de enfermagem, mas compreendem a importância desse processo e consideram que a sua implantação poderia melhorar a assistência prestada. Apenas um participante considera que não melhoraria a assistência, pois acredita que a SAE se aplica melhor as patologias clínicas e não às alterações do comportamento e necessidades psicológicas.

Em relação às mudanças das práticas que decorreram da Reforma Psiquiátrica, quando questionados, se essa transformação tornou a assistência deficiente, as respostas são unânimes em afirmar que não há carência em relação ao serviço, mas sim concordância que a mudança de estratégias e saberes só vieram a beneficiar usuários e profissionais.

Os enfermeiros apresentaram conhecimento sobre a política de Redução de Danos e aplicam essa proposta no CAPS, porém não como preconiza a política, com estratégias a serem desenvolvidas, como Programas de Trocas de Seringa (PTS) ou Programas de Manutenção por Metadona ou com a integração dos PRD ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com profissionais denominados redutores de danos, mas executam a RD como ideia de abstinência através dessa redução.

Na percepção dos participantes da pesquisa a relação família-usuário-profissional é de extrema importância e ressaltam a preocupação da equipe para com essa aliança, como a preparação de reuniões semanais e visitas domiciliares.

Os enfermeiros destacam ainda que a família é co-responsável pelo tratamento do usuário, mas ao vê-lo acompanhado pelo CAPS tenta “abandonar” o problema, colocando a responsabilidade somente na equipe e na própria instituição. Assim, cabe ao profissional incentivar e buscar sempre estreitar esse laço com a família.

Para dois dos participantes, o fato desse serviço ser classificado na modalidade tipo II, limita as condutas/eficácias das atividades desenvolvidas. Para eles, o CAPS ad 24 horas ou CAPS ad III como é classificado seria uma nova possibilidade de assistência qualificada e eficaz. Porém, um dos profissionais discorda e assinala que o CAPS ad II funciona adequadamente e não há a necessidade de atendimento no período noturno, pois as atividades e condutas não são limitadas por essa modalidade e não há a necessidade de torná-las mais qualificadas com a implantação do CAPS ad 24 horas, mas ressalta a importância de um serviço de suporte nas crises.

A importância da reflexão e avaliação acerca dessa assistência prestada é fundamental porque o serviço deve estar preparado para atender a uma demanda que pode até ser considerada pequena, pelo número de usuários atendidos, mas a quantidade de pessoas envolvidas nesse processo é maior do que se possa imaginar. A família e a sociedade como um todo tem prejuízos e se não assistidos de forma humanizada, eficaz e solidária sofrem danos irreparáveis.

A análise dos dados deste estudo mostra a importância do processo de mudança que se sucedeu com o movimento da Reforma Psiquiátrica. Apontando que a ressocialização e a reabilitação aumentam a liberdade de usuários e profissionais e permitem amplas possibilidades de se assistir esse público; é certo que as falhas não são decorrentes da desinstitucionalização, mas possivelmente da implantação das políticas públicas e, principalmente, da fiscalização das mesmas. Pois em um processo que houve grandes mudanças faz-se necessário que exista construção e reconstrução dos sujeitos e serviços para que se possa atender a essa demanda de forma eficaz.

Por tudo isso, não se tem a pretensão de esgotar o assunto, mas este trabalho é um convite à abertura para novas reflexões, propostas e atitudes não só para os profissionais desta instituição que foi campo de pesquisa, mas para outros serviços de saúde mental voltados para atenção à usuários de álcool e outras drogas, para que atentem para a necessidade de se construir constantemente algo novo, ou quem sabe, tornar efetivo o que de bom e adequado já existe.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

ANGELO, M.; BOUSSO, R.S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Ministério da Saúde (BR). **Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem**. São Paulo (SP); 2001.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. de; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm da USP**. v. 41(Esp) p. 815-819, 2007.

BASTOS, F. I.; STRATHDEE, S. A. Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. **Social Science Medicine**. v. 51 n. 12 p. 1.771-1.182, 2000.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico. 2010**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=25&dados=1>. Acessado em 12 de agosto de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 144 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alcool_reducao_danos2004.pdf. Acessado em 10 de agosto de 2011.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Brasília, 2003. 60 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acessado em 10 de agosto de 2011.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. 2.ed. Brasília, 2004b. 64 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>. Acessado em 10 de agosto de 2011.

_____. **CNESnet/DATASUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=25&NomeEstado=PARAIBA. Acessado em 27 de julho de 2011.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. Secretaria Executiva. 3. Ed. Brasília, 2002. 166 p. Disponível em: www.cooperativismopopular.ufrj.br/saudemental/pdf/legislacao2.pdf. Acessado em 10 de agosto de 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentares de Pesquisa envolvendo seres humanos, 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acessado em 20 de agosto de 2011.

_____. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília, 2010, 210 p. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf. Acessado em 01 de agosto de 2011.

_____. **SAS/DAPES: Saúde Mental em Dados - 9.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2011. 21p. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acessado em 01 de agosto de 2011.

_____. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007, 85p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acessado em 12 de agosto de 2011.

_____. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004c. 86 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acessado em 12 de agosto de 2011.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 271-276, 2000.

CARPENITO-MOYET, L. J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COIMBRA, V. C. C. et al. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev Eletr Enferm**, v. 7, n. 1, p. 99-104, 2005.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos Municipais. **Rev. Katál. Florianópolis**. v. 10 n. 2 p. 265-271, 2007.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS – CN-DST/AIDS. **Usuários de drogas (de um modo geral) e usuários de drogas injetáveis.** Acessado em 16 de novembro de 2011 disponível em www.Aids.gov.br.

CROSSETTI M. G. O.; DIAS, V. Utilização da classificação na prática e no ensino de enfermagem: experiência brasileira. **Rev Bras Enferm**; v. 55 n. 6 p. 720-724, 2002.

DOMINGUEZ, B. Quebra-cabeça. Em debate povoado de questões, escolher as peças para se montar uma política equilibrada com foco na Saúde é desafio. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: **RADIS Comunicação em Saúde**, n. 101, p 13-17, 2011.

FONSECA E.; BASTOS F. I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: ACSELRAD, G. **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Formando especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental por mais de duas décadas. Rio de Janeiro: **Cad. IPUB**, v. 6 n.9 p. 128-141, 2000.

FUREGATO, A. R. F. Alcohol y otras drogas: acciones en busca de soluciones. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. spe, p.663-664, 2011.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas. p. 40-57, 2002.

GODOY, M. T. H. **Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003**. 165 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

JORGE, M. S. B; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

KANTORSKI, L. P. MACHADO, A. T. OLIVEIRA, C. A. Centro de Atenção Psicossocial – reinventando o cuidado em saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9 n. 1 p. 23-243, 2000.

KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA, S. O trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Trab Educ Saúde**, v. 6, n. 1, p. 87-105, 2008.

KARAM, M. L. Redução de danos, ética e lei. In: SAMPAIO, C. M. A. & CAMPOS, M. A. (Orgs.) **Drogas, Dignidade & Inclusão Social**: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

KIRSCHBAUM, D. J. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**, v. 6, n. 19, p. 15-36, 2000.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas – SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 9 n. 5 p. 77-82, 2001.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MACHADO, M.M.T.; LEITÃO, G.C.M.; HOLANDA, F.U.X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 13 n. 5 p.723-728, 2005.

MARTINS, A. C. C.; PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. A família e sua importância na atenção a dependentes de substâncias psicoativas. In: MAV, L.; PILLON, S. C. (orgs). **Assistência a usuários de álcool e drogas no estado de São Paulo**. Ribeirão Preto: FIERP/USP; 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004.

MIRANDA, C. M. L. Algumas questões sobre a assistência de Enfermagem psiquiátrica de qualidade. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. **Cadernos do IPUB**. v. 3. p. 95-101, 1999.

MIRANDA, F. A. N. et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Rev Eletr Enferm**. v. 8 n. 2 p. 222-232, 2006.

MIRANDA, F. A. N. et al. Predisposição ao uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem da UFRN. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 4, p. 663-669, 2007.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do Hospital – Dia – Estudo de Caso. **Rev. Latino am. Enferm**, v.8 n.6 p. 20-26, 2000.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2003-2004** / organizado por North American Nursing Association; trad. Cristina Correia– Porto Alegre: Artmed, 2005.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 1997.

ORGANIZATION, World Health (WHO). **Guide to drug abuse epidemiology**. WHO, 2000. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/epidemiology/en/index.html. Acessado em 15 de agosto de 2011.

ORGANIZATION, Pan American Health (PAHO)/World Health Organization (WHO). **Behavioral Disorders**. Disponível em: http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&ID=516&PRGRP=docs_gen. Acessado em 15 de agosto de 2011.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface – Comunic, Saúde, Educação**. v.7 n.12 p.71-82, 2003.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enfermagem**, v.37 n. 4 p. 92-100, 2003.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

ROCHA, R.M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & Contexto Enferm**. v. 14 n. 3 p.350-357, 2005.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 1-12, 2005.

ROSSINI, M. G. C. **Estudo da prática do enfermeiro em hospital-dia psiquiátrico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1998.

SADIGURSKY, D. A Enfermeira na Equipe Transdisciplinar de Saúde Mental. **Rev Baiana Enferm**, v. 17 n.3 p.45-53, 2002.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **ABC Redução de Danos**. Diretoria de Vigilância Epidemiológica: Florianópolis, 2003. 56p. Disponível em: http://www.aidsbc.com.br/downloads/Cartilha_ABC_de_Reducão_de_Danos.pdf. Acessado em 25 de agosto de 2011.

SANTOS, et al. A autonomia do Sujeito Psicótico no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 20, n. 4, p. 46-53, 2000.

SAÚDE, Organização Panamericana de (OPAS). **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, 1990.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42 n.1 p.127-134, 2008.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. **Rev Bras Enferm**. v. 60 n. 3 p. 307-311, 2007.

SILVA, E. S. Saúde Mental e trabalho. In: TUDIS, S. A. COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001. P. 217-288.

SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA-JÚNIOR, M. L. Depressão: Pontos de Vista e Conhecimento de Enfermeiros da Rede Básica de Saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental- o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 5, p.645-651, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico – cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara e koogan, 11^aed, 2006.

SOUZA, et al. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.8 n.5 p. 71-80, 2000.

SOUSA, R. A.; PESSOA, S. M. F.; HERCULANO, M. M. S. A comunicação durante a visita ao leito como fator de qualidade da assistência de enfermagem In: **Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**, 2002.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Trad. de Dayse Batista. 6^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem psiquiátrica de mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

TOLEDO, V. P. **Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica na reabilitação psicossocial**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

VIERA, E. **Recursos humanos: uma abordagem interativa**. São Paulo: Cedas, 1994.

VILELA, C. V. **Assistência de enfermagem em serviços abertos de saúde mental: construindo a prática**. 169 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A Enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev Bras Enferm**, v.57, n. 6, p. 738-741. Brasília, 2004.

UNIDAS, Organização das Nações (ONU). **Programa para o controle internacional de drogas**. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime da ONU- UNODC. Brasília, 2005. Disponível em: www.unodc.org.br. Acessado em 10 de agosto de 2011.

WAIMAN, M. A. P.; ELSEN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da tória Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Rev Eletr Enferm**, v. 8 n.2 p. 282-291, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Questionário sócio-demográfico

INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS: Gostaríamos de conhecer algo mais acerca dos participantes desse estudo. Uma vez mais, lembramos que nosso propósito não é identificá-los. A seguir **escreva ou marque** as respostas de cada questão no espaço determinado.

1. Sexo:

Masculino Feminino

2. Idade: _____ Anos

3. Naturalidade: _____

4. Cidade em que reside: _____

5. Ano de conclusão da sua graduação? _____

6. Qual o seu nível de escolaridade?

Graduação Especialização Mestrado Doutorado

7. Há quanto você trabalha em serviços de saúde mental?

menos de 1 ano de 1 a 5 anos de 6 a 10 anos mais de 10 anos

8. Tempo de trabalho no CAPS ad? _____

Trabalha em outro serviço?

Não Sim Qual (is)? _____

9. Qual a sua carga horária de trabalho semanal (soma de todos os vínculos empregatícios)?

até 20h de 21 a 30h de 31 a 40h mais de 40h

10. Em sua opinião, como você avalia a qualidade da assistência que presta aos pacientes?

BOA REGULAR RUIM

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Roteiro para entrevista semi-estruturada

1. Descreva como se deu a sua entrada nesse serviço.
2. Você em algum momento foi capacitado para trabalhar nesse serviço? Que tipo de capacitação?
3. Quais as atividades que você executa nesse serviço?
4. O que você acha que facilita suas atividades nesse serviço?
5. O que considera como dificuldades para exercer seu trabalho nesse serviço?
6. No que diz respeito às mudanças das práticas que decorreram da Reforma Psiquiátrica, quais práticas você considera deficiente em relação a este serviço?
7. A assistência multidisciplinar e intersetorial é realizada?
8. A equipe de enfermagem utiliza a sistematização da assistência de enfermagem (SAE)?
9. Você considera que a SAE poderia melhorar a assistência?
10. O que você acha sobre a política de redução de danos? É utilizada nesse serviço? Você acha que deveria ser implantado?
11. E com relação a família, quais as dificuldades e benefícios vivenciados neste serviço a respeito dessa relação equipe de enfermagem – família – usuário?
12. O fato desse serviço ser CAPS ad II limita suas condutas/eficácia das atividades desenvolvidas?
13. O CAPS ad III seria uma nova possibilidade de assistência qualificada e eficaz?
14. O que você acha que precisaria ser melhorado neste serviço?
15. Algo mais a acrescentar?

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“Percepção dos enfermeiros acerca da assistência aos Usuários de Álcool e outras Drogas no Centro de Atenção Psicossocial.”**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“Percepção dos enfermeiros acerca da assistência aos Usuários de Álcool e outras Drogas no Centro de Atenção Psicossocial”** terá como objetivo geral **analisar as percepções dos enfermeiros acerca da assistência aos usuários de álcool e drogas no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Sousa na Paraíba.**

Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao questionário e entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 8815-3950** com **Iluska Pinto da Costa**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

ANEXO B – FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP - UEPB

PROJETO: CAAE N. 0513.0.133.000-11

PARECER

APROVADO x

NÃO APROVADO

PENDENTE

**TÍTULO: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS CAPS.**

PESQUISADOR: ILUSKA PINTO DA COSTA

DESCRIÇÃO: Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check -list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 19/10/2011

Relator: 07

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.^a Dra. Doraci Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Eu, ILUSKA PINTO DA COSTA, Docente da UFCG, portadora do RG 2448108 SSPPB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Iluska Pinto da Costa

Orientador

Lolian Figueirôa de Assis

Orientando

Cajazeiras, 03 de Outubro de 2011.

ANEXO D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Eu, Iluska Pinto da Costa, docente da UFCG, portadora do RG 2448108 SSPPB e CPF 038.248.254-90 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Iluska Pinto da Costa

PESQUISADOR (A)

Cajazeiras, 03 de Outubro de 2011

ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 05.626.697/0001-24
RUA: PEDRO PRIMEIRO, 47 - ESTAÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”** desenvolvida pela aluna Lilian Figueirôa de Assis do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Iluska Pinto da Costa.

Sousa - PB, 03 de Outubro de 2011.


Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO F – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.



Francisca Filina da Silva
Coordenadora do Ceps Al

Assinatura e carimbo do responsável institucional